

SCHEDA DI ACCOMPAGNAMENTO (foglio 1/3)

Richiesta per la prosecuzione della psicoterapia psicologica dopo la 30^a seduta (versione 1.0)

Medico prescrivente* (*campi obbligatori)

Nome* _____
Indirizzo* _____
Tel.* _____
E-mail* _____ RCC (o GLN)* _____
Titolo di formazione di base e postgraduale * _____
Data* _____ Firma e timbro del medico prescrivente*

Paziente * (*campi obbligatori)

Cognome* _____ Nome* _____
Data di nascita* _____ Sesso* _____
Via* _____ NPA e località* _____
Telefono* _____
Assicurazione * _____ N. d'assicurazione _____

Note/commenti integrativi

Parte 1: rapporto dello/a psicologo/a psicoterapeuta

Paziente (secondo la scheda di accompagnamento)* (*campi obbligatori)

Cognome* _____ Nome* _____

Psicologo/a psicoterapeuta*

Nome* _____ Istituto _____

Indirizzo* _____

Tel.* _____

E-mail* _____ RCC (o GLN)* _____

Preambolo: in questo rapporto devono essere documentate le informazioni richieste dalla legge (art. 11b OPre).

Anamnesi/sintomi all'inizio della terapia (descrivere dettagliatamente se si tratta del primo rapporto prima della 30^a seduta, brevemente se il rapporto è successivo)*

Valutazione diagnostica (incl. n. ICD)*

È noto se il/la paziente è stato/a precedentemente sottoposto/a ad altre terapie?* sì no
Se sì, quali

Tipologia e setting della terapia corrente*

Andamento della terapia sino ad oggi, indicazione medica rispetto alla continuazione della terapia e all'obiettivo*

Proposta per il prosieguo: frequenza delle sedute, durata presumibile, valutazione della prognosi*

Note/commenti integrativi

Data* _____

Firma e timbro dello/a psicologo/a psicoterapeuta*

Parte 2: valutazione del caso da parte del medico specialista

Medico specializzato/a in psichiatria e psicoterapia oppure in psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva *

Nome* _____ Istituto _____
Indirizzo* _____
Tel.* _____
E-mail* _____ RCC (o GLN)* _____

Preambolo: la Parte 1: rapporto dello/a psicologo/a psicoterapeuta deve essere compilata in tutte le sue parti e firmata affinché il medico specialista possa procedere con la valutazione del caso.

Consulto e valutazione da parte del medico specialista in seguito ad esame del(la) paziente*

sì Data _____
 no Motivo _____

Diagnosi (incl. n. ICD)*

Rilasciata indicazione terapeutica * sì no

Valutazione di: andamento/risultati raggiunti/setting/trattamento farmacologico*

Valutazione di: proposta sul prosieguo (frequenza delle sedute, durata presumibile, valutazione della prognosi)*

Altre note sulla terapia

Data* _____ Firma e timbro del medico specialista